Załącznik nr 2

FORMULARZ OFERTOWY

.....

(nazwa i adres Wykonawcy)

Odpowiadając na zapytanie ofertowe z dnia ..... dotyczące zamówienia w zakresie wyłonienia podmiotu świadczącego usługi rehabilitacji dla osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym na terenie miasta Bytom w woj. śląskim, funkcjonującego w ramach Centrum Operacyjno - Pomocowego wspartego nowoczesną platformą opieki TeleMED24 w ramach projektu „II EDYCJA Poprawa dostępności usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz ich otoczenia", który jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego przedstawiamy ofertę cenową.

KOD CPV: 85312500-4 Usługi rehabilitacyjne

Nazwa usługi	**Ilość rehabilitantów**	**Stawka netto za świadczenie usługi w jednym miesiącu**	**Liczba miesięcy świadczenia usługi**	**Wartość usługi netto**	**Wartość usługi brutto**
I	II	III	IV	V	VI
Usługi rehabilitacyjne			23		
		RAZEM			

Oferta jest ważna 90 dni

.....

Podpis i pieczątka Wykonawcy